



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
*desde 1867*

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**INCIDENCIA DE LA SOBREPOTECCIÓN EN LA DISLALIA  
FUNCIONAL, EN NIÑOS MENORES DE NUEVE AÑOS, QUE  
ACUDIERON A LA CONSULTA TERAPÉUTICA EN EL  
CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA  
“MERCEDES DE JESÚS MOLINA” EN LA CIUDAD DE  
MACHALA. 2008-2013**

Tesis previa a la obtención del título  
De Licenciada en Terapia de Lenguaje

**AUTORA:  
JAMILETH MAITE QUICHIMBO BERMEO**

**DIRECTOR:  
LIC. EDGAR CARVAJAL FLOR**

**ASESORA:  
MGT. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ,**

**CUENCA – ECUADOR  
2015**

## 1. RESUMEN

**Antecedentes** La Dislalia ha sido motivo de preocupación de muchos estudiosos que fundamentaron el análisis en el diagnóstico y tratamiento de los procesos lingüísticos del habla, en el ámbito de la neurociencia, se precisa que el desarrollo lingüístico es fundamental en el desempeño familiar, social y educativo de un individuo.

**Objetivo** Determinar la incidencia de la sobreprotección en la dislalia funcional en niños menores de nueve años que acudieron a la consulta terapéutica en el Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina” en la Ciudad de Machala.

**Metodología** Es un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, en el que se buscó determinar de manera específica la incidencia de la sobreprotección en la Dislalia Funcional en los niños menores de nueve años que acudieron a la consulta terapéutica en el Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina” en la Ciudad de Machala desde el año 2008 al 2013. Se trabajó con un universo finito de 262 Historias Clínicas con test de habla de niños menores de nueve años. Como técnica se utilizó la revisión de los Test del habla y de las Historias Clínicas de los archivos del Centro Mercedes de Jesús Molina, entre los instrumentos se utilizaron las fichas informativas del test de articulación y psicológicos de familia HTP, Iluvia. (John Buck; Abrams y Amchin; Corman). Los datos fueron ingresados en los programas Excel y SPSS versión 21 y los resultados han sido presentados en tablas simples y dobles apoyados de su análisis.

**Resultados** Los resultados más sobresalientes son: que los varones presentaron dislalia en mayor número que las mujeres, que la sobreprotección sí generó conflictos en el desarrollo lingüístico de los menores, que durante al año 2011 hubo mayor asistencia a la terapia por problemas de lenguaje. No fue necesario ser hijos únicos, puesto que presentaron mayor cantidad de dislalia los niños que tienen más hermanos.

**Conclusiones** La presencia de la sobreprotección ha generado mayor conflicto en los niños de edades entre los 6 a 7 años, situación que se muestra también en las niñas pues la sobreprotección las afectó también en mayor porcentaje en las edades de 6 a 7 años afianzando la dislalia funcional.

**Palabras Clave** SOBREPOTECCIÓN, DISLALIA FUNCIONAL, CONSULTA TERAPÉUTICA, CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA.

## 1. ABSTRACT

**Background** The Dislalia has been a concern of many scholars that justified the analysis in the diagnosis and treatment of speech linguistic processes in the field of neuroscience, states that language development is critical in family, social and educational performance an individual.

**Objective** To determine the incidence of overprotection in functional dislalia in children under age nine who attended the therapeutic consultation at the Center for Language and Psychotherapy "Mercedes of Jesus Molina" in the city of Machala.

**Methodology** It is a descriptive retrospective cross-sectional study, in which we sought to specifically determine the incidence of over-the Dislalia Functional in children under age nine who attended the therapeutic consultation in the CLPMJM in the city of Machala from 2008 to 2013. He worked with a finite universe of 262 Medical Records with language test children under nine years. As a technical review of the language test and clinical histories of files Mercedes of Jesus Molina Center, among the instruments used data sheets test of articulation (of Navarre) and family psychological HTP, rain were used. (John Buck, Abrams and Amchin; Corman). The data were entered into the Excel software and SPSS version 21 and the results have been presented in simple tables and double-supported analysis.

**Results** The most significant results are presented dislalia than men in greater numbers than women, which led to conflicts over protection if the language development of children, that during the year 2011 were greater assistance to therapy by language problems. It was not necessary to be an only child, since as many dislalia presented children with more siblings.

**Conclusions** The presence of overprotection has generated further conflict in children aged 6-7 years overprotection situation as well as the affection highest percentage in the ages of 6-7 years girls also shown in strengthening the dislalia functional.

**KEYWORDS** OVERPROTECTION. FUNCTIONAL DISLALIA. THERAPEUTIC CONSULTATION. LANGUAGE AND PSYCHOTHERAPY CENTER.

## ÍNDICE

CONTENIDOS	Pág.
RESUMEN	2
ABSTRACT	4
INDICE	5
HOJA DE RESPONSABILIDAD	8
DERECHOS DE AUTOR	9
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	11
1. INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 Familia y función	15
2.2 Habla	18
2.3 Dislalia	20
3. OBJETIVOS	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.5 Variables	33
4.6 Métodos, técnicas, e instrumentos	34
4.7 Procedimientos	36
4.8 Plan de Tabulación y Análisis	36
4.9 Aspectos éticos	36
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
Tabla N°1. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la presencia del trastorno de dislalia y Sexo. Machala. 2014	37
Tabla N° 2. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según el año de asistencia a la terapia, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014	38
Tabla N° 3. Distribución de 262 niños que acudieron a la	40


terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la Edad de niños y niñas en general y la presencia de dislalia. Machala. 2014	
Tabla N° 4. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la característica de ser Hijos Únicos, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014	41
Tabla N° 5. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la presencia de dislalia, sobreprotección por parte de sus padres o abuelos y sexo. Machala. 2014	42
Tabla N° 6. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la forma de desenvolvimiento social de dependencia familiar de origen, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014	43
Tabla N° 7. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la sobreprotección en niños con dislalia y sexo. Machala. 2014	45
Tabla N° 8. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la sobreprotección por edad y sexo Machala. 2014	46
5.1 DISCUSIÓN	47
5.2 CONCLUSIONES	48
5.3 RECOMENDACIONES	48

<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>50</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 1° Solicitud de Permiso</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 2° Ficha Informativa</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 3° Valoración de articulación</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 4° ELCE</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO 5° Test HTP</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 6° Test de la Lluvia</b>	<b>60</b>

Yo, Jamileth Maite Quichimbo Bermeo, autora de la tesis “INCIDENCIA DE LA SOBREPOTECCIÓN EN LA DISLALIA FUNCIONAL, EN NIÑOS MENORES DE NUEVE AÑOS, QUE ACUDIERON A LA CONSULTA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA “MERCEDES DE JESÚS MOLINA” EN LA CIUDAD DE MACHALA. 2008-2013” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de duplicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi Título de Licenciada en Fonoaudiología en la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas.

El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 18 de junio del 2015

C.I 0602273997  
  
.....

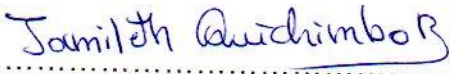
Jamileth Maite Quichimbo Bermeo

C.I 0602273997



Yo, Jamileth Maite Quichimbo Bermeo, autora de la tesis “INCIDENCIA DE LA SOBREPOTECCIÓN EN LA DISLALIA FUNCIONAL, EN NIÑOS MENORES DE NUEVE AÑOS, QUE ACUDIERON A LA CONSULTA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA “MERCEDES DE JESÚS MOLINA” EN LA CIUDAD DE MACHALA. 2008-2013”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de junio del 2015

C.I 0602273997  


Jamileth Maite Quichimbo Bermeo

C.I 0602273997

## **DEDICATORIA**

A mis amados hijos Wesley, Wilson y Warens; con el propósito de confirmar la enseñanza de que en la vida todo sacrificio es remunerado, que todo aquello que se inicia debe alcanzar su final; que nada es imposible. Y ante todo me mueve el hecho de darles el ejemplo de siempre. “Emprender la búsqueda de nuevos conocimientos, la actualización y la culminación de ellos”.

Porque la vida es tan maravillosa que descubrirla nos empuja a conocerla, una vez conocida nos incita a descubrirla en cada milímetro de sus espacios y así amarla; puesto que no se amará lo que no se conoce.

A mis padres por la gran sonrisa que pintan sus labios cada vez que escuchan que uno de nosotros emprende una nueva formación y las orgullosas palabras evocadas que hacen que sus ojos brillen como la luz de las estrellas.

Jamileth

## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo mi agradecimiento a nuestra amada Casa del saber y en ella a sus directivos. A la Lic. Adriana Verdugo por su gentil disposición a guiarme con paciencia y voluntad. A las compañeras del Centro, en el que laboro, por su apoyo en mis horas de ausencia y su ayuda con la organización de expedientes.

Finalmente y como mis ideales más importantes agradezco a Dios y a mi Familia por permitirme cumplir mis metas y apoyarme con amor.

Jamileth

## **1. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación muestra la importancia del conocimiento de la Dislalia funcional que se presenta cada vez más frecuente de niños menores de nueve años que asisten a la terapia del lenguaje.

Los resultados de diversas investigaciones han mostrado que dentro de la formación simbólica, cuando los niños se acercan al final del período sensoriomotor (18 a 24 meses), se vuelven capaces de formar representaciones internas, objetos y acciones. Pasan de la inteligencia sensoriomotora a la inteligencia representacional; esto es, poder formar símbolos que se podrán usar para transmitir mensajes a los demás. Es fundamental conocer esta fase de transición entre los períodos sensoriomotor y preocupacional que son un prerrequisito para el lenguaje comprensivo y expresivo. (1)

Si sabemos y nos referimos a que un factor de riesgo para la dislalia funcional, constituye la sobreprotección, (la tendencia excesiva a proteger a una persona) sobre todo por parte de los padres a sus hijos, situación que imposibilita el desarrollo de ciertas destrezas, así como también de la adaptación al medio social y a su desenvolvimiento en general es de suma importancia tomar conciencia de dicha situación.

En estudios realizados en Udina Italia se encontró que entre 11.782 niños escolares el 1,25% padecían dislalia y el 0,86 % padecía rinolalia (esto como una información extra). El problema de la sobreprotección en relación con el habla (dislalia) está presente, es por ello que la presente investigación recopilará datos sobre la incidencia de esta, en la dislalia funcional, mediante un estudio Retrospectivo, que nos dará a conocer los conflictos que conllevan los problemas del lenguaje en el desarrollo de la lectoescritura, la inteligibilidad en la pronunciación; así como la posibilidad de adaptarse adecuadamente al medio social; analizando como factor de riesgo específico la Sobreprotección.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde hace algún tiempo es frecuente ver a niños menores de nueve años que asisten a la terapia, remitidos mayoritariamente de centros educativos y por sus pediatras con el diagnóstico de dislalia funcional, al realizar los programas terapéuticos se observa que los núcleos familiares de estos niños guardan una relación de sobreprotección.

Durante los años 2008 y 2013 se ha realizado continuas revisiones y búsquedas sistemáticas sobre el porqué de mantenerse por más tiempo la dislalia, así como la alta presencia de la dislalia evolutiva, si bien éstos ya se han estructurado de manera específica en conceptos y algunos parámetros, sin embargo, no se ha verificado puntualmente el hecho de que la sobreprotección, por falta de acuerdos de la pareja y la participación de adultos mayores en el desarrollo habitual de los menores, influya de manera concluyente y sea uno de los factores que generen dislalia funcional.

En la práctica diaria se ha observado de manera continua la presencia de la dislalia en niños menores de nueve años los cuales asisten a la terapia por el conflicto que les genera el inicio de la lectoescritura y como consecuencia la falencia en la estructura gramatical, a la vez que también se ha visto afectada su participación social.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Considero que este trabajo investigativo muestra cómo afecta la sobreprotección al mantener la dislalia durante mayores períodos de tiempo en los niños y niñas, generando así conflictos en su desarrollo posterior; así deseo ante todo despertar el interés para nuevas investigaciones con el fin de forjar un mejor desenvolvimiento lingüístico en las primeras etapas de la niñez, y evitar en el futuro las alteraciones en la comunicación, y trastornos del aprendizaje escolar, y con ello conseguir la toma de conciencia en las familias sobre los déficits expresivos y las falencias de índole gramatical que presentan los niños y niñas en nuestro entorno.

Sobre todo tomando en cuenta que se ha dejado fuera numerosas teorías e ideas y entre ellas, la influencia de la sobreprotección en la dislalia y con ello su afección en todas las vivencias cotidianas de cada individuo dentro de su familia.

La autoestima, es el sentimiento más profundo que construye la persona sobre el valor que tiene de sí mismo, está basada en el conocimiento de su propia individualidad y su autoconcepto, el que a la vez se va forjando por los pensamientos concretos y lógicos que desarrolla el lenguaje, una premisa básica es que el aprendizaje temprano y el desenvolvimiento de una lectura efectiva tiene un enfoque sistemático; pues los mejores lectores serán aquellos cuyo lenguaje se haya desarrollado oportunamente y mejor aún si ha sido incentivado adecuadamente por sus padres.

Es de suma importancia connotar la interacción que existe entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad pues se puede constatar que las perturbaciones psicoafectivas de la infancia dificultan el desarrollo normal del lenguaje, pues sabemos que una de las máximas expresiones de inteligencia, constituye el lenguaje dentro de su función comprensiva y expresiva dándonos la posibilidad de desarrollarnos en un contexto social adecuado.

## **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 FAMILIA Y FUNCIÓN**

En una época en donde la tecnología constituye una vivencia cotidiana para todo individuo así mismo las alternativas de ser partícipes de las redes sociales son una necesidad absoluta para niños, jóvenes y adultos. Se ha dejado completamente de lado la fundamental estructura del desarrollo propio de la familia.

Mucho se ha mencionado, deliberado y escrito sobre las características de la familia a través del tiempo y de las sociedades; desde un lenguaje sociológico la familia constituye un grupo primario, cuya misión es estructurar y desarrollar a los nuevos seres en condiciones de integrarse a la sociedad, fortaleciendo entre sus miembros sentimientos de cohesión y sentidos de participación básica.

Es función de la familia cumplir con estructuras sociales pues es el espacio en donde se concentran y se distribuyen afectos, sin embargo es también un territorio donde se establecen diferentes vínculos. Patéticamente en la época actual es formidable el deterioro de esos vínculos, se puede observar claramente la gran dificultad a mantenerse estables seguros y precisos. (2)

La Familia es un sistema abierto compuesto por subsistemas y que a su vez contienen otros subsistemas individuales en interacción no solo entre sí, sino también con otros sistemas sociales. Todos los sistemas operan dentro del tiempo y del espacio; si se enfoca la atención en el espacio se definen las estructuras; si se lo hace en el tiempo se definen los procesos. (3)

La comunicación familiar es fundamental en el desarrollo de los niños, una comunicación congruente existe cuando se envían dos o más mensajes a través de diferentes niveles pero ninguno de ellos contradice a cualquiera de los otros, una comunicación incongruente existe cuando dos o más mensajes que se envían a través de diferentes niveles y se contradicen entre sí (4)

Es de suma importancia comprender que la interacción familiar afecta la conducta de los niños, pues la familia es la variable crítica que interviene

entre la sociedad y el individuo. El sistema familiar se constituye en el principal contexto de aprendizaje para la conducta, pensamientos, sentimientos y expresiones individuales.

Como enseñan los padres a un niño, es de vital importancia. Y puesto que dos padres forman a un niño; al existir la presencia de terceros adultos o la faltante de uno de ellos debemos estudiar la interacción familiar para entender cuál es el contexto familiar en el que se desarrolla un menor.

Es la familia, una entidad, en la cual se encuentran presentes y relacionados los intereses sociales y personal, puesto que como célula primaria de la sociedad, contribuye al desarrollo de la misma cumpliendo importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones, siendo centro de relación de vida en común, satisface hondos intereses humanos, afectivos y sociales en las personas. (rp.1)

Podemos decir que la familia constituye una unidad emocional en la cual no hay ni buenos ni malos, ni héroes ni villanos, ni sanos ni enfermos. Los problemas familiares resultan de la manera en la cual los miembros de la familia están en relación los unos con los otros y no del comportamiento de una sola persona. Lo que hace cada uno afecta a todas las otras personas y se establece una reacción en cadena. Estas reacciones en cadena se vuelven repetitivas y previsibles.

Es así como los Modelos Familiares, se transmiten de una generación a otra. Los padres tienen tendencia a adoptar la misma actitud emocional que aquella que tenían en su familia de origen, más si pueden dar un paso en la vía del cambio, favorecerán a su familia.

Es de suma importancia aprender a crear una escultura familiar, que es una forma de arte terapéutico en el cual cada miembro de una familia dispone a los otros miembros, en un cuadro que simboliza físicamente el sistema emocional relacional de uno en relación con los otros. Cada persona crea un cuadro viviente de la familia en el cual coloca a los miembros, a la vez en términos de postura y de relaciones en el espacio, representando la manera en la cual las cosas pasan y se sienten. Lo esencial de la experiencia de



cada uno en la familia es condensado y proyectado en una imagen visual. Esta imagen reemplaza miles de palabras revelando los aspectos internos de la vida familiar que habrían permanecido escondidos. Impresiones vagas, percepciones confusas se formulan a través de la materialización en el espacio, y así se puede iniciar una nueva forma de conductas familiares. (5)

### **2.1.2 Tipos de Familia**

**Familia Nuclear** - Se refiere a todas aquellas personas que viven bajo un mismo techo, tengan o no vínculos de consanguinidad y disfrutan del mismo presupuesto y del mismo servicio.

**Familia Extensa** - Familias que se componen además de padres e hijos de otros familiares tales como: abuelos, tíos, primos, etc.

**Familia Ampliada** - Constituida además de los miembros de la familia extensa por otras personas que tienen un fuerte vínculo afectivo entre sí.  
(rp.1)

## **2.2 HABLA**

Etimológicamente “El habla es la realización motriz del lenguaje”(6)

Busto en su obra indica que “El habla es un acto individual de voluntad y de inteligencia, en el cual conviene distinguir:

- a. Las combinaciones por las cuales el sujeto hablante utiliza el código de la lengua con miras a expresar su pensamiento personal;
- b. El mecanismo psicofísico que le permite exteriorizar esas combinaciones”(7)

Se ha podido confirmar en muchos estudios que los niños con retraso lector presentan dificultades en sus habilidades de lenguaje expresivo, como conciencia fonológica y comprensión, que son esenciales para un correcto desarrollo lector. En el rastreo de las muestras infantiles de hispanohablantes explican que el rebote del retraso lector se dio como un déficit en el dominio fonético del lenguaje, en el que se percibe dificultad en la conversión grafema-fonema. El conocimiento del concepto de la conciencia fonológica ha tomado fuerza en las explicaciones del retraso

lector por que resalta la relevancia del nivel de desarrollo del lenguaje oral en el momento de iniciar el aprendizaje de la lectura. Basado en que a mejor capacidad para discriminar y manipular los sonidos del lenguaje hablado (fonemas) mayor facilidad para comprender las reglas de conversión grafema-fonema.(8)

Algunos estudios cuyo énfasis se basó en la epidemiología, fisiopatología, presentaciones comunes, y estrategias del tratamiento que fueron publicadas en los últimos cinco años se observó que la mayoría de las causas del retraso del habla pueden ser la manifestación de un espectro de trastornos que afectan a la comprensión del lenguaje y/o los procesos de desarrollo del habla que van desde los trastornos relacionados con las limitaciones de desarrollo global, la disfunción motora o la pérdida de audición. Pensemos entonces que la determinación temprana de la dislalia en un niño o niña es un tema muy sensible, porque de no atenderlo adecuadamente el niño perderá valiosas oportunidades en su desarrollo intelectual es por ello que es de suma importancia la oportuna derivación al profesional correspondiente.(9)

En la presente investigación, la evaluación del área del lenguaje con el test de Bender es importante porque manifiesta que se han encontrado retrasos entre los nueve y 16 meses siendo en Argentina y Brasil el reactivo de pronunciación de “Mamá/Papá no específicos” entre los 9.6 y 10.4 meses respectivamente mientras que en Sri Lanka se encontró menos retraso en las áreas personal social y del lenguaje y ello se debe a que estos niños crecen en familias extendidas contando con el apoyo de otros miembros, lo que proporciona un ambiente más estimulante que los que crecen en familias nucleares, en un estudio con niños centroamericanos estos resultados fueron apoyados. (10)

En la relacionalidad efectuada entre las dificultades de lenguaje oral con las dificultades de lectura que se han realizado en lenguas con ortografías opacas como el inglés y los resultados no pueden ser generalizables al español como lengua de ortografía transparente, en estos últimos se

observó una relación entre la evaluación del lenguaje oral (comprensión auditiva y comunicación expresiva) y la lectura (decodificación y comprensión), por tanto se concluyó con que las dificultades del lenguaje oral en español repercuten en los procesos de decodificación como en los de comprensión y con ello se notó la importancia de los procesos de promoción, prevención, diagnóstico e intervención Fonoaudiológica.(11)

Por último es importante conocer que los niños construyen su conocimiento a partir de sus experiencias por medio de los procesos combinados de asimilación y acomodación. Piaget sostiene que el aprendizaje está mediado por la interacción con personas y cosas en el medio ambiente, así formulan diversos esquemas sobre los cuales construirán más y de este modo construyen las verdaderas impresiones de sus conceptos.(1).

## **2.3 DISLALIA**

### **2.3.1 DEFINICIÓN**

La Dislalia corresponde a un problema de articulación en la cual se presenta sustituciones anormales, distorsiones, inserciones u omisiones en los sonidos del habla. Se define también como un defecto referido a uno o varios fonemas en número indeterminado o afectar a la asociación de consonantes cuando estas aparecen unidas en una sola sílaba omitiendo en este caso una de ellas, cuando se encuentra muy afectado al extenderse a muchos fonemas, puede llegar a hacerse ininteligible. Es un disturbio de pronunciación no por defecto neurológico, sino por daño estructural del aparato articulatorio. (12)

Se trata pues de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas.

La dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal. Así puede presentarse el defecto referido a un solo fonema o a varios en número indeterminado o afectar tan sólo a la asociación de consonantes, cuando

éstas aparecen unidas en una sola sílaba, omitiendo en este caso una de ellas.

El habla de un niño dislápico, puede llegar a hacerse ininteligible, por las desfiguraciones verbales que emplea continuamente.

La dislalia puede ser motivada por distintas causas. Teniendo en cuenta de una forma genérica el origen de su producción, se hará la clasificación de las mismas.

Pero en cualquier caso, fuera de la dislalia de evolución que forma parte de un proceso normal del desarrollo del lenguaje, debe ser tratada, lo más precozmente posible, para conseguir su rehabilitación.

Hay que tener en cuenta que, al menos refiriéndose a algunos fonemas, no a todos, lo que en un idioma puede ser considerado como una articulación defectuosa, para otro no lo es. En estos casos no se trata de dificultad, sino del contexto social del idioma de cada país, que puede determinar algunas formas características de articulación.

Atendiendo a sus causas podemos clasificar las dislalias en:

1. Dislalia evolutiva
2. Dislalia funcional
3. Dislalia audiógena
4. Dislalia orgánica

### **2.3.2 Dislalia Funcional. (13)**

La dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje expresivo o habla, por una función anómala de los órganos periféricos activos que intervienen en el habla, en la que se dan las anomalías anteriormente descritas al tratar del concepto general de la dislalia, sin que existan trastornos o modificaciones orgánicas en el sujeto, sino tan sólo una incapacidad funcional.

La dislalia funcional puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/.

El niño dislábico, en unos casos, sabe que articula mal y él quisiera corregirse y trata de imitarnos, pero sus órganos no obedecen con la facilidad que él desea, y no encuentra el movimiento concreto que debe ser realizado para pronunciar un sonido correctamente.

El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, la fonación y de la articulación. Pero en estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquier de estos aspectos que impide la perfecta articulación.

En otras ocasiones, aunque la dificultad sea la misma, el niño no percibe su defecto por la fijación que tiene del mismo, no pudiendo él distinguir las articulaciones que emite bien y las que emite mal.

Para la denominación de los distintos errores que se dan en la dislalia, se utiliza una terminología derivada del nombre griego del fonema afectado, con la terminación “tismo” o “cismo”. Así la articulación defectuosa de la /s/ se denomina sigmatismo, la de la /d/ deltacismo, etc. Cuando un fonema es sustituido por otro se antepone “para”, como el parrotacismo.

### **Tipos de errores en la dislalia funcional**

El niño presenta una dificultad para la articulación correcta y esta dificultad la expresa con distintos tipos de errores. A veces son tantas las alteraciones, que resulta difícil comprender lo que quiere expresar. En otras ocasiones su articulación defectuosa no impide comprender el contenido del mensaje, pero en todo caso ha de ser objeto de tratamiento.

Algunos niños sólo cometen un tipo de errores, pero en otros se dan varios asociados, ya que ante distintas dificultades que se les presentan reaccionan de forma diferente.

#### **1. Sustitución**

Se denomina sustitución al error de articulación en que un sonido es reemplazado por otro. El niño se siente incapaz de pronunciar una articulación concreta y en su lugar emite otra que le resulta más fácil y asequible.

También se puede dar el error de la sustitución por la dificultad en la percepción o en la discriminación auditiva y en este caso el niño percibe el fonema, no de forma correcta, sino tal como él lo emite.

La sustitución puede darse al principio, en medio o al final de la palabra.

Así frecuentemente el fonema /r/ es sustituido por /d/ o por /g/ diciendo “quiedo” y “pego” por “quiero” y “perro”. El sonido /s/ es sustituido por el /z/, diciendo “caza” por “casa”, y el fonema /k/ es reemplazado por el /t/, expresando “tama” por “cama”.

La sustitución es el error que con mayor frecuencia se presenta en las dislalias funcionales y ofrece una mayor dificultad para su corrección, ya que una vez superada la articulación, cuando el niño es capaz de emitir correctamente el fonema que tenía ausente, tiene que superar una segunda fase, generalmente más larga, en la que tiene que integrarlo en su lenguaje espontáneo. Y aquí está la dificultad, ya que tenía fijada cada palabra con la articulación defectuosa. En estos casos convendrá empezar por enseñarle palabras nuevas con este fonema, en las que le será más fácil automatizarlo, para pasar después a la generalización.

## **2. Omisión**

Otra forma que tiene el niño de salvar su dificultad articulatoria es omitiendo el fonema que no sabe pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, pudiéndose dar la omisión en cualquier lugar de la palabra.

A veces omite tan sólo la consonante que no sabe pronunciar, y así dirá “apato” por “zapato”, o “caetera” por “carretera”, pero también suele omitir la sílaba completa que contiene dicha consonante, resultando “camelo” por “caramelo”, “lida” por “salida”.

Cuando se trata de sílabas dobles en las que hay que articular dos consonantes seguidas y existe una dificultad para la medial, en estos casos lo más general es omitirla, diciendo “paza” por “plaza”, “bazo” por “brazo”, “futa” por “fruta”, etc.

## **3. Inserción**

A veces la forma de afrontar un sonido que le resulta dificultoso al niño es intercalando junto a él otro sonido que no corresponde a esa palabra y, sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción.

En lugar de “ratón” dirán “aratón”, o en lugar de “plato” dirán “palato”. Este tipo de error se sabe presentar con menos frecuencia.

#### **4. Distorsión**

Se entiende por sonido distorsionado aquel que se da de forma incorrecta o deformada, pero que tampoco es sustituido por otro fonema concreto, sino que su articulación se hace de forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo. Generalmente es debido a una imperfección posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc.

La distorsión, junto con la sustitución, son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en las dislalias funcionales.

El resultado de la experiencia, así como los resultados estadísticos existentes, demuestran que se da una mayor incidencia de dislalias en el sexo masculino que en el femenino.

#### **Etiología**

Escasa habilidad motora. Al mismo tiempo que se va desarrollando la motricidad fina, el niño irá adquiriendo la agilidad y coordinación de movimientos que precisa para hablar correctamente.

De aquí la necesidad de enfocar el tratamiento, no sólo en orden a enseñar a articular, sino a desarrollar todos el aspecto psicomotor del sujeto, educando todos los movimientos, aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra y organizando su esquema corporal.

Esta causa es la que se encuentra más frecuentemente en los casos de dislalias funcionales, pues, aunque se den asociados otros factores que facilitan la generación del trastorno, la mayoría de estos niños tienen torpeza en los movimientos de los órganos que intervienen en la producción del

habla y una falta de coordinación motriz general, aunque ésta sólo se manifieste en los movimientos de destreza fina. (13)

Partiendo de esta premisa mucho tiene que ver el hecho de que por sobreprotección las madres mal acostumbran a proporcionarle al menor los alimentos licuados triturados o aplastados para hacerle más fácil la deglución sin tomar en cuenta que esto va a retrasar el desarrollo motriz de los órganos articulatorios, generando así molestias en la producción del habla.

Muestran también dificultades en la percepción del espacio y el tiempo. Y falta de comprensión o discriminación auditiva.

Los factores psicológicos juegan también un papel muy importante como generadores de trastornos de lenguaje expresivo, encontrándose, en muchos casos, asociados a cualquiera de las otras circunstancias.

Cualquier trastorno de tipo afectivo puede incidir sobre el habla del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución en su desarrollo.

Cualquier situación familiar vivida de manera inadecuada, puede constituirse en un problema, pues experiencias traumatizantes por ambiente familiar desunido, por falta de alguno de los padres o por accidente, pueden provocar un trastorno en el desarrollo de la personalidad del niño que se refleje en su forma de expresión, ya que existe una interacción continua entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad.

Así, toda perturbación psicoafectiva de la primera infancia retarda y perturba la normal evolución del lenguaje. En estos casos falta la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla en el niño. El niño de 5 o 6 años vuelve a hablar como lo hacía a los 3 años o como lo hace el hermanito menor, que puede ser por quién se siente desplazado en el cariño y la atención de sus padres. Con la vuelta a un lenguaje más infantil pretende fortalecer sus vínculos afectivos y recuperar su primacía en el grupo familiar.



El ambiente es un factor de gran importancia en la evolución del niño, que junto con los elementos o capacidades personales, irán determinando su desarrollo y maduración. En conjunto con los factores psicológicos, retardan o retienen la evolución de la personalidad, con todo lo que esto conlleva, está ocasionado por factores ambientales poco favorecedores.

Un problema que en algunos casos se presenta es el del bilingüismo existente en el ambiente en que se desenvuelve el niño, que puede crear desorientaciones en la etapa de fijación de su lenguaje, aunque no sea éste uno de los aspectos más influyentes en la determinación de su trastorno.

Estos factores son más bien de tipo social, pero pueden darse otros entornos ambientales de carácter más patológico que influyen negativamente en el desarrollo psicoafectivo del niño, y por tanto en la normal evolución de su lenguaje.

A veces sucede que siendo las condiciones y situación familiar de aparente estabilidad afectiva, al aparecer en el niño un trastorno del lenguaje, motivado por otras causas, este hecho da lugar a reacciones familiares desajustadas, por falta de aceptación del problema. Como consecuencia se siguen actitudes de superprotección, de rechazo, que a veces puede estar encubierto por una protección excesiva o de ansiedad porque el niño supere su defecto. Todas estas reacciones no hacen sino rodear al niño de un ambiente que agrava su problema, en lugar de facilitar su rehabilitación.

### **2.3.3 Dislalia Orgánica (13)**

Se denomina dislalia orgánica a aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas.

Estas alteraciones orgánicas pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afectan al lenguaje, y se denomina disartrias.

Cuando la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos, se tiende a llamarlas disglosias.

Algunos autores engloban dentro de la dislalia orgánica, como un apartado más, a la dislalia audiogénica, ya que está motivada por una alteración o déficit sensorial y como tal se puede considerar de origen orgánico. No obstante esta es más tratada en un apartado distinto, por considerar que presenta una mayor semejanza con la dislalia funcional y como esta, unas mayores posibilidades de rehabilitación con un tratamiento semejante.

#### **2.3.4 Disartria (13)**

Las disartrias pueden ser de origen muy variado dentro del trastorno neurológico, dándose igualmente desde el nacimiento o como consecuencia de enfermedades o accidente posteriores que desencadena la lesión cerebral. Generalmente son graves y sus posibilidades de rehabilitación están en relación con la severidad de la lesión producida.

“Las alteraciones neurológicas de la fonación, tienen interés logopédico cuando constituyen “situaciones secuela”, es decir, una vez que ha desaparecido la acción del morbo etiopatológico que causó la enfermedad neurológica. Son pues, las “situaciones secuela” de la neuropatología que constituyen el campo de la acción clínica y la terapéutica foniátrica”

#### **2.3.5 Disglosia (13)**

Las anomalías anatómicas y malformaciones de los órganos del lenguaje son siempre causa de defectos de pronunciación que se denominan disglosias. Aunque hay autores, como M. Seeman, que las llaman dislalias mecánicas.

Sus causas están en malformaciones congénitas en su mayor parte, pero también pueden ser ocasionadas por parálisis periféricas, traumatismos, trastornos del crecimiento, etc.

Estas alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blanco, dientes, maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño una articulación correcta de los fonemas.

Atendiendo al órgano afectado se clasificarán en disglosias labiales, linguales, palatinas, dentales, mandibulares y nasales o rinolalia.

“De las malformaciones anatómicas, las más comunes son las del labio leporino, acompañado o no de fisura paladar. En estos casos corresponde a la cirugía plástica la reparación del defecto en la medida de lo posible y luego la ejercitación foniátrica corregirá funcionalmente los fonemas incorrectos”

*Un importante comunicado presentado en el 13vo. Congreso virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Febrero 2012*

Indicó que la sobreprotección parental provoca en el niño un mensaje de incompetencia haciéndolo temeroso e incapaz de cuidar de sí mismo. Aprender a afrontar y resolver problemas es un proceso que empieza a edades tempranas y crece con la interacción padres-hijos. La sobreprotección promueve en los niños una incapacidad para desarrollar habilidades y actividades normales en el desarrollo normal del ser humano, que benefician a la autonomía y a la posterior independencia necesarias para el desarrollo psicosocial. El concepto que los padres tengan del hijo influye en el auto-concepto del niño y, por consiguiente, a su autoestima. La sobreprotección parental puede conducir a una disminución de las expectativas de la conducta del niño y a la evitación o pasividad ante situaciones amenazadoras y de las que no creen que puedan afrontar con éxito. Se ha demostrado que existe relación entre la sobreprotección a niños y el futuro desarrollo en éstos de un trastorno obsesivo-compulsivo, un trastorno de angustia, temores disfuncionales, fobias, trastornos de ansiedad, que bien pueden desencadenar en disfemias. Esta disfunción en la crianza de los niños también está relacionada con miedos inadecuados o persistentes en determinadas edades en las que el niño ya los debería haber superado, como el habla por ejemplo. No hay que olvidar que la sobreprotección también es una de las características de las familias de alta emotividad expresada, relacionadas con mayor índice de recaídas en los pacientes con los que conviven y a los que sobreprotegen.(14)

Entre las conductas familiares se encuentra la Sobreprotección refiere a la generante de dificultad en el normal desarrollo de los niños, pues al ser la tendencia a proteger excesivamente a una persona, que se da sobre todo de

los padres a sus hijos, afecta de manera directa en el desarrollo del lenguaje y posteriormente del habla, proporcionando de manera inconsciente un mensaje de incompetencia e inutilidad que dificulta al individuo a poder desarrollarse y cuidar de sí mismo y de ese modo se imposibilita la puesta en acción de muchas destrezas y a la vez también el ejercicio de la generante insana de la manipulación por parte de los menores hacia sus padres. (15)

Los reactivos del área de Personal-Social con respecto a comparaciones realizadas en los estudios del Test de Bender muestran que este desarrollo se presentó más tarde en los estudios de Alaska, Brasil, Trinidad y Tobago, y Singapur debido al poco interés de sus padres por promover la independencia y el aprendizaje para la toma de decisiones a edades tempranas. Se consiguió establecer que en las familias mexicanas predomina la sobreprotección de la madre y el autoritarismo del padre, los cuales limitan las expresiones espontáneas del niño. (10)

La sobreprotección se suele definir como “cuidar en exceso”. Se mantiene el instinto de resguardo de los primeros meses de vida, y no se acepta que las criaturas van creciendo y tienen que aprender a resolver sus necesidades. Expresiones como: “Yo te doy la comida porque tú te manchas”, “Yo te ayudo a hacer las tareas”, pueden tener inconscientemente un intenso cuidado. Un ejemplo de sobreprotección, es que los hijos duerman muchos meses con los papás.

El término “sobreprotección” es engañoso, ya que muchos papás están convencidos de que impidiendo a sus pequeños frustraciones, penas, enfermedades o problemas, se les está cuidando mejor, solo se sienten tranquilos cuando sus hijos están bajo su mirada.

Les preocupan situaciones como: que no pasen hambre, sed, que no se caigan, que no tengan conflictos con sus pares, etc. Es decir, hacen lo imposible para que no vivan malas experiencias. Se sienten más ansiosos que sus pequeños cuando algo anda mal, los hostigan dándoles instrucciones constantemente. Hay una necesidad de controlar al menor en

todo momento, limitan la exploración del mundo por parte de sus hijos, por miedo a que se hagan daño con algo de su entorno, descartan actividades que tengan una posibilidad remota y mínima de terminar en accidente, llegan al extremo de pensar que sus niños no pueden cruzar una calle sin que los atropellen o que no puedan salir sin ellos sin que les pase algo.

### **Los padres tienden a ser sobreprotectores**

La mayoría de los padres en algún momento han controlado y cuidado en demasía a sus hijos. Esto puede ser un instinto natural del ser humano, pero el peligro está en que sea esta la forma predominante de criar.

Psicológicamente, se explica que la sobreprotección tiene muchas causas: “Algunos papás sienten que cuando ellos hacen las cosas por sus hijos, o los dirigen, las cosas resultan mejor. Otras veces, son padres ansiosos, con muchos miedos propios, y sienten que el mundo es mucho más peligroso e impredecible que cuando ellos eran jóvenes. Hay progenitores que temen al fracaso y no quieren ver a sus pequeños luchar o perder. También hay personas que viven a través de sus hijos, y en ese sentido se sienten con el derecho de obligarlos a hacer cosas que ellos mismos no tuvieron la oportunidad de hacer”.

Varios especialistas en el tema, coinciden en que cada vez existen más familias que eligen este estilo educativo. Un posible motivo es la falta de tiempo para los pequeños, entonces a cambio, los cuidan con exageración.

En otras ocasiones, la sobreprotección es el resultado de una enfermedad. A los hijos con ciertas necesidades médicas, se les ve más indefensos y a su vez requieren de mayor atención, pero no para todo, aunque los padres lo crean así. (rp. 2)

Una madre posesiva es aquella madre que quiere que sus hijos hagan siempre lo que ella quiere, es absorbente, casi siempre sucede que - inconscientemente- quiere que sus hijos sean indefensos y débiles para

poder protegerlos y cuidarlos, teme que sus hijos se rebelen y quieran hacer su propia vida, por lo que les dan pocas oportunidades de desenvolverse solos, una madre sobreprotectora es una madre muy temerosa de perder el cariño de sus hijos y se pone muy celosa de que amen a otras personas, otro índice es que la familia advierta su comportamiento a través de definiciones como "sobreprotectora", "asfixiante" y "controladora".

Haciendo una revisión de escuelas Psicológicas se comenta que, la sobreprotección puede generar estragos, más aún si se tiene en cuenta que la madre interviene en la instauración de la ley, aspecto fundamental en la estructuración de la personalidad del ser humano, de modo que mientras más una madre que tienda a saturar a su hijo, éste quedará atrapado o bien como el objeto de Violencia, de su fantasma o como el falo que vendría a "completarla". Y entonces tendría lugar la frase tan reconocida de Lacan: "A madre santa, hijo perverso"

Así entonces debemos establecer una estructuración lo suficientemente importante en la formación de las familias a fin de evitar tantos conflictos.

(16)

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la sobreprotección sobre la Dislalia Funcional en los niños menores de nueve años que acudieron a la consulta terapéutica en la Ciudad de Machala.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir la influencia que tuvo la sobreprotección de los padres y abuelos de los niños menores de nueve años que presentaron dislalia funcional entre los años 2008-2013
- Determinar en qué porcentaje la sobreprotección está presente en los diferentes tipos de dislalia en los menores de este estudio.
- Analizar el estudio de la motricidad de los órganos periféricos de la articulación que influyen en el desarrollo del habla (M.O.P.)
- Establecer una comparación entre dislalia evolutiva y funcional con el fin de poder establecer solo como comparación el desarrollo del habla en los menores.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Para realizar el presente estudio utilizamos la investigación Descriptiva, Retrospectiva de corte transversal.

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizará en el Centro del Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina” de la Ciudad de Machala, que se encuentra ubicado entre las calles Buenavista 1102 y Decima Norte esquina.

### **4.3 UNIVERSO**

El universo de estudio lo constituyeron las 262 Historias Clínicas que contienen los respectivos Test de Habla de niños y niñas que acudieron a la consulta al Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina” durante el período 2008 a 2013.

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historias Clínicas de niños y niñas que viven dentro de núcleos familiares extensos.
- Test de Habla e Historias Clínicas de niños y niñas menores de nueve años que acudieron al CEMJM con Dislalia Funcional.
- Valoraciones del lenguaje encuadradas para la evaluación de la Dislalia Funcional.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Test e Historias Clínicas de niños y niñas que presenten severos trastornos o déficits de Habla fuera de la Dislalia Funcional.
- Historias Clínicas de niños y niñas con trastornos conductuales y otros diagnósticos psiquiátricos.



## 4.5 VARIABLES

### 4.5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Biológica	Edad de los de los niños que asistieron a la terapia	Numérica
<b>Presencia de Dislalia</b>	Trastorno del Habla	Biológica y Psicológica	Dislalia Evolutiva  Dislalia Funcional	Edad de presencia: de 2 a 5 años.  Edad de presencia: de 6 a 9 años
<b>Antecedentes Motrices</b>	Información familiar de los procesos del desarrollo del lenguaje en función de la expresión oral.	Personales	Edad a la que comió solo. Características de la alimentación dura y blanda	Numérica
		Familiares	Edades de Conductas alimenticias permitidas	Numérica
<b>Genograma</b>	Es un gráfico utilizado para hacer una descripción familiar.		Tipo de familia	Nuclear Extensa Aglutinada
<b>Antecedentes personales de la Madres</b>		Problemas de salud	Enfermedades Incompatibilidad Amenaza de aborto Ingirió medicamentos Accidentes Rx. Ecografía	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No
<b>Padre Antecedentes personales</b>		Problemas de salud	Enfermedades alcoholismo drogadicción violencia	Si No Si No Si No Si No
<b>Abuelos</b>			Comparten vivienda	Si No

#### 4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluaciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Test de Articulación</li><li>• Test de Goodenough.</li><li>• Test de la Familia.</li><li>• Test del H.T.P.</li><li>• Test de la Lluvia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluaciones</li></ul>	Ficha Informativa.

Este estudio se realizó tomando en cuenta a todos los menores asistentes a la terapia de lenguaje del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina” de la Ciudad de Machala entre los años 2008 y 2013 que presentaron problemas de habla y de ellos aquellos que presentaron trastorno de dislalia funcional por sobreprotección.

Se tomaron diferentes test para las evaluaciones respectivas así:

**4.6.1 Test de articulación** Es una prueba que permite evaluar el nivel fonético de los niños permitiendo detectar posibles dislalias o inconsistencia fonémica y a la vez evaluar la memoria auditiva.

**4.6.2 Test del ELCE** Cuadernillo de respuestas de la elocución.

**4.6.3 Test de Goodenough** Batería utilizada para medir la inteligencia general por el análisis de la representación de la figura humana; a la vez también para el estudio de la personalidad, siendo una prueba de fácil aplicación y bajo costo, con una aproximación diagnóstica muy buena, lo que permite su uso como prueba de calificación intelectual, y su uso en la consulta de cualquier profesional médico, promoviendo una detección temprana para proponer estrategias de rehabilitación con metas reales y lo más pronto posible.

**4.6.4 Test de la Familia** Este test ofrece una oportunidad de expresión libre, que permite al niño proyectarse y de este modo revelar como se percibe a sí

mismo dentro del sistema familiar y los verdaderos sentimientos que experimenta por los suyos.

**4.6.5 Test del H.T.P.** Pruebas proyectivas que permiten realizar una evaluación global de la personalidad de un individuo y su estado de ánimo y emocional.

**4.6.6 Test de la lluvia** Pruebas proyectivas que permiten determinar las actitudes y los comentarios que permiten obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables y tensas.

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS**

**Autorización:** Se solicitó el permiso respectivo al directivo del CEMJM para acceder a los historiales de cada niño y niña

**Capacitación:** Se realizó la revisión bibliográfica, consulta a expertos, Participación de personal capacitado para las tabulaciones respectivas de la psicometrías.

**Supervisión:** Lic. Edgar Carvajal Flor.

#### **4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

El análisis se realizó a través de estadística descriptiva de tablas de frecuencias y porcentajes. La información fue incorporada en una base de datos con sus respectivos códigos. Se aplicó el programa SPSS versión 15,

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Para garantizar el aspecto ético de la investigación esta se rigió a las “Normas éticas para las investigaciones con sujetos humanos” impuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos permitió describir detalladamente los procedimientos que se realizaron a fin de proteger a las personas cuyas Historias Clínicas y Test Informativos participaron en el estudio. Puesto que la información a analizarse descansa en los archivos del Centro “Mercedes de Jesús Molina”

## 5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

**Tabla N° 1. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la presencia del trastorno de dislalia y Sexo. Machala. 2014**

SEXO	NO TIENEN DISLALIA		TIENEN DISLALIA				TOTAL	
	N°	%	EVOLUTIVA		FUNCIONAL		N°	%
MASCULINO	41	16	63	24	42	16	146	56
FEMENINO	71	27	27	10	18	7	116	44
TOTAL	112	43	90	34	60	23	262	100

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

### ANÁLISIS

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, 146 corresponden al sexo masculino, de ellos el 24% presentan dislalia evolutiva y el 16% dislalia funcional. El 16% no presentan dislalia. Los 116 niños son del sexo femenino constituyendo el 44%, de ellas el 27% no presentan dislalia. El 10% presentan dislalia evolutiva y el 7% dislalia funcional. La dislalia es más frecuente en el sexo masculino.

**Tabla N° 2. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según el año de asistencia a la terapia, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014**

SEXO	AÑO DE CONSULTA	NO TIENEN DISLALIA		TIENEN DISLALIA				TOTAL	
		N°	%	EVOLUTIVA		FUNCIONAL		N°	%
<b>MASCULINO</b>	2008	2	1	3	1	0	0	5	2
	2009	4	2	9	3	9	3	22	8
	2010	7	3	13	5	8	3	28	11
	2011	10	4	11	4	11	4	32	12
	2012	8	3	14	5	9	3	31	12
	2013	10	4	13	5	5	2	28	11
	Total	41	16	63	24	42	16	146	56
<b>FEMENINO</b>	2008	1	0	0	0	0	0	1	0
	2009	5	2	4	2	3	1	12	5
	2010	15	6	5	2	1	0	21	8
	2011	17	6	5	2	3	1	25	10
	2012	14	5	7	3	5	2	26	10
	2013	19	7	6	2	6	2	31	12
	Total	71	27	27	10	18	7	116	44

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

## **ANÁLISIS**

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, 146 corresponden al sexo masculino, presentaron Dislalia Funcional en los años 2011 el 4%, en los años 2009, 2010 y 2012 el 3%, en el 2013 el 2% y el año 2008 el 0%. La Dislalia Evolutiva se presentó en los años 2010, 2012 y 2013 en un 5%, en el año 2011 el 4%. Sin presentar Dislalia los años 2011 y 2013 el 4%, en los años 2010 y 2012 el 3%, en el año 2009 el 2%, en el 2008 el 1%.

Las 116 niñas, no presentan Dislalia durante el año 2013 el 7%, en los años 2010 y 2011 el 6%, en el año 2012 el 5%. Presentaron Dislalia Evolutiva en el año 2012 el 3%, en los años 2009, 2010, 2011, 2013 el 2%. Dislalia Funcional presentaron en los años 2012 y 2013 el 2%, en el 2009 y 2011 el 1%. La dislalia funcional así como evolutiva es más frecuente en el sexo masculino durante el año 2011.

**Tabla N° 3. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del Centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la Edad de niños y niñas en general y la presencia de dislalia. Machala. 2014**

EDAD	NO TIENEN DISLALIA		TIENEN DISLALIA				TOTAL	
	N°	%	EVOLUTIVA		FUNCIONAL		N°	%
2-3	19	7	37	14	0	0	56	21
4-5	25	10	53	20	0	0	78	30
6-7	35	13	0	0	41	16	76	29
8-9	33	13	0	0	19	7	52	20
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>43</b>	<b>90</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>23</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo

## **ANÁLISIS**

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, de acuerdo a la edad presentaron Dislalia Funcional de 6 a 7 años el 16%, de 8 a 9 años el 7%, y de 2 a 5 años el 0%. Presentaron Dislalia Evolutiva de 4 a 5 años el 20%, de 2 a 3 años el 14%, y de 6 a 9 años el 0%, Y no presentaron Dislalia de 6 a 9 años el 13%, de 4 a 5 años el 10%, de 2 a 3 años el 7%. La Dislalia Funcional es más frecuente en la edad de 6 a 7 años, siguiendo la edad de 8 a 9 años.



**Tabla N° 4. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la característica de ser Hijos Únicos, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014**

SEXO	HIJOS UNICOS	NIÑOS QUE TIENEN DISLALIA				TOTAL	
		EVOLUTIVA		FUNCIONAL		N°	%
		N°	%	N°	%		
MASCULINO	NO	38	15	29	11	67	26
	SI	25	10	13	5	38	15
	TOTAL	63	24	42	16	105	40
FEMENINO	NO	6	2	13	5	19	7
	SI	21	8	5	2	26	10
	TOTAL	27	10	18	7	45	17

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

## ANÁLISIS

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, 105 corresponden al sexo masculino, de ellos 67 niños No son hijos únicos, el 15% presentan dislalia evolutiva y presentan dislalia funcional el 11%. De los 38 niños que son hijos únicos El 10% presentan dislalia evolutiva y el 5% presenta dislalia funcional.

En el sexo femenino de 45 niñas, 26 muestran ser hijas únicas, presentan dislalia evolutiva el 8%, y funcional el 2%, mientras que de las 19 niñas que no son hijas únicas el 5% presentan dislalia funcional y el 2% presentan dislalia evolutiva. La dislalia tanto funcional como evolutiva es más frecuente en el sexo masculino en los hijos que no son Únicos.

**Tabla N° 5. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la presencia de dislalia, sobreprotección por parte de sus padres o abuelos y sexo. Machala. 2014**

SOBREPROTEGIDOS POR	NIÑOS QUE TIENEN DISLALIA	SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
Abuelos	Evolutiva	26	10	5	2	31	12
	Funcional	21	8	2	1	23	9
	Total	47	18	7	3	54	21
Padres	Evolutiva	31	12	15	6	46	18
	Funcional	18	7	10	4	28	11
	Total	49	19	25	10	74	28

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo B.

## ANÁLISIS

En la presente tabla observamos que de 128 niños investigados aquellos que por la sobreprotección de sus padres presentan Dislalia evolutiva constituyen el 12% de varones, mientras que los sobreprotegidos por sus abuelos con Dislalia funcional constituyen el 8% de varones. Finalmente podemos observar en esta tabla que los niños que presentaron dislalia funcional son sobreprotegidos por sus abuelos. La sobreprotección de los abuelos afianza la dislalia Funcional.

**Tabla N° 6. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la forma de desenvolvimiento social de dependencia familiar de origen, sexo y presencia de dislalia. Machala. 2014**

SEXO	TUTORES	NO TIENEN DISLALIA		NIÑOS QUE TIENEN DISLALIA				TOTAL	
		N°	%	EVOLUTIVA		FUNCIONAL		N°	%
<b>Masculino</b>	<b>Padres</b>	28	11	34	13	20	8	82	31
	<b>Padre o Madre Solos</b>	7	3	4	2	3	1	14	5
	<b>Padres y Abuelos</b>	3	1	14	5	12	5	29	11
	<b>Abuelos y padre/madre solos</b>	3	1	10	4	5	2	18	7
	<b>Abuelos</b>	0	0	1	0	2	1	3	1
	<b>Total</b>	41	16	63	24	42	16	146	56
<b>Femenino</b>	<b>Padres</b>	57	22	18	7	14	5	89	34
	<b>Padre o Madre Solos</b>	9	3	5	2	3	1	17	6
	<b>Padres y Abuelos</b>	2	1	1	0	0	0	3	1
	<b>Abuelos y padre/madre solos</b>	3	1	3	1	1	0	7	3
	<b>Total</b>	71	27	27	10	18	7	116	44

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

## **ANÁLISIS**

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, 146 corresponden al sexo masculino, de ellos el 31% vive con su padres biológicos, con padres y abuelos el 11%, con padre o madre solos y abuelos viven el 7%, con padre o madre solos viven un 5%, y viven solo con abuelos el 1% de los niños de esta investigación.

Del sexo femenino que son 116, de ellas viven con sus padres el 34%, con padre o madre solos viven un 6%, con padre o madre solos y abuelos el 3%, con padres y abuelos el 1%, mientras que solo con abuelos un 0%. Se puede observar que es más frecuente que los niños y niñas vivan en mayor porcentaje con sus padres biológicos.

**Tabla N° 7. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la sobreprotección en niños con dislalia y sexo. Machala. 2014**

SOBREPROTEGIDO CON DISLALIA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
NO	9	3	13	5	22	8
SI	96	37	32	12	128	49
TOTAL	105	40	45	17	150	57

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

## ANÁLISIS

En la presente tabla observamos que de 262 niños evaluados, y teniendo 150 niños que presentaron dislalia, de 105 corresponden al sexo masculino, el 37% muestran sobreprotección, mientras que el 3% no son sobreprotegidos.

Del sexo femenino en número de 45, de ellas el 12%, son sobreprotegidas mientras que el 5% no lo son.

Los varones que presentan dislalia son mayoritariamente más sobreprotegidos que las mujeres.

**Tabla N° 8. Distribución de 262 niños que acudieron a la terapia de Lenguaje entre los años 2008-2013 del centro de Lenguaje y Psicoterapia “Mercedes de Jesús Molina”, según la sobreprotección por edad y sexo Machala. 2014**

SEXO	EDAD	SOBREPROTEGIDO				TOTAL	
		NO		SI		N°	%
		N°	%	N°	%		
<b>MASCULINO</b>	2-3	0	0	29	11	37	14
	4-5	6	2	28	11	38	15
	6-7	3	1	24	9	42	16
	8-9	0	0	15	6	29	11
	Total	9	3	96	37	146	56
<b>FEMENINO</b>	2-3	2	1	6	2	19	7
	4-5	5	2	14	5	40	15
	6-7	5	2	9	3	34	13
	8-9	1	0	3	1	23	9
	Total	13	5	32	12	116	44

**Fuente:** Formulario de Encuesta  
**Elaboración:** Jamileth Quichimbo. B

## ANÁLISIS

En la presente tabla observamos que de 262 niños investigados, 146 corresponden al sexo masculino, de ellos en edades de 2 a 5 años el 11% son sobreprotegidos, de 6 a 7 años 9% y de 8 a 9 años el 6% son sobreprotegidos.

Del sexo femenino que son 116, de 4 a 5 años el 5% son sobreprotegidas, de 5 a 7 años el 3%, de 2 a 3 años el 2%, y de 8 a 9 años el 1% son sobreprotegidas.

La sobreprotección es más alta en los varones en las edades de 2 a 5 años, sin gran diferencia de las edades de 6 a 7 y 8 a 9.

## 5.1 DISCUSIÓN

La sobreprotección constituye un factor negativo en el desarrollo del lenguaje de los niños y niñas durante la primera y segunda infancia puesto que no le permite al menor desarrollarse adecuadamente. Si recordamos las investigaciones realizadas en Alaska, Brasil, Trinidad y Tobago y Singapur, que demostraron que la sobreprotección limita las expresiones espontáneas.

Si bien de estudios realizados en Sir Lanka por ejemplo se conoce que los niños y niñas que crecen en familias extensas tienen mejor desarrollo de lenguaje debido a la continua interacción con más personas; también debe destacarse que su influencia está dada por la forma de expresión de esos adultos. Así obviamente los niños de padres sobreprotectores y más aún de familias nucleadas van a ser propensos a dificultades de desarrollo que repercuten en el lenguaje oral y en el futuro en el lenguaje escrito

En estudios realizados en Udina Italia en el 2010 se encontró que de entre 11.782 niños escolares el 1,25% padecían dislalia y el 0,86 % padecía rinolalia. (Este último solo como información de datos). A causa del problema de la sobreprotección y cuya incidencia en relación con el habla (dislalia) está presente.

Comparando estos datos con la presente investigación podemos observar que la incidencia de dislalia en esta provincia del Ecuador es bastante alta, puesto que al contar con una muestra de 262 niños y niñas se encontró con la presencia del 23% de Dislalia Funcional, dejando la curiosidad de saber si en el resto de provincias ecuatorianas, también pueda presentarse así.

Con esto toma vital importancia el recordar que mientras más tardío sea el desarrollo adecuado de la pronunciación así como la capacidad de tomar decisiones formativas en cada ciclo de desarrollo vital de un individuo, estas falencias, generarán serios conflictos en el desarrollo y la participación académica de un individuo.

Una premisa básica que se deberá tomar en cuenta es que no solo habrá que enfatizar los programas terapéuticos fonológicos sino también los familiares a fin de proporcionar mediante un enfoque sistémico resultados

beneficiosos a fin de detener los conflictos posteriores en los menores. Así al planificar estrategias de intervención no se estructure la participación del logopeda de manera aislada sino con el apoyo multidisciplinario adecuado.

## **5.2 CONCLUSIONES**

- La sobreprotección de los padres se presentó en mayor proporción que la de los abuelos; sin embargo de ambos se obtuvo que esta es mayor para los varones en una proporción de padres 19% abuelos 18% y para las mujeres padres 10% abuelos 3%.
- Del análisis de los órganos periféricos se puede observar que los niños que muestran dislalia tanto funcional como evolutiva muestran mala motricidad en su M.O.P y constituyen el 16 y 24% respectivamente.
- Los niños del estudio mostraron en su mayoría vivir con sus progenitores siendo sobreprotegidos en un 19% y precisamente estos niños presentan dislalia funcional en 7%.
- Finalmente se puede observar que los varones se presentaron más sobreprotegidos que las mujeres en 37% con relación al 12 % de mujeres.

## **5.3 RECOMENDACIONES**

En el proceso de elaboración de esta investigación se pudo obtener el conocimiento, sobre el conflicto representado por la sobreprotección en el desarrollo del habla (dislalia). No se alcanzó a establecer qué; Los hijos únicos no necesariamente son los más sobreprotegidos en relación a los hijos varios.

Por tanto se puede considerar necesario recomendar líneas para futuras investigaciones, como propuestas que planteen acciones concretas para que sean útiles y comprensibles en la formación familiar; como escuelas para padres en donde se fomente el conocimiento de lo que representa el desarrollo lingüístico y las consecuencias de la mala estructuración, a la vez que una formación familiar en desarrollo de conductas y lineamientos de formación infantil para evitar situaciones tanto de sobreprotección como de descuido de los hijos durante sus facetas de desarrollo más importantes.



Pues la evidencia presentada en esta investigación demuestra la necesidad de dichas propuestas.

Finalmente es necesario recomendar que tanto los docentes como los médicos tengan la continua predisposición a detectar tempranamente el trastorno y realizar un diagnóstico oportuno, concreto y derivar a los menores y sus familias a la temprana atención logopédica y psicológica.

.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnston B. E, Johnston V. A. Desarrollo del lenguaje.txt. Desarrollo del Lenguaje lineamientos Piagetianos. Segunda Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 1991. p. 326.
2. Chavanneau de Gore S, Oppenheim R, Giberti E. El Divorcio y La Familia. El Divorcio y la Familia: Los Abogados, Los Padres y Los Hijos. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1985. p. 285.
3. Montenegro H. Tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. Rev Chil Pediatrfa. 1997;68(6):283–9.
4. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta guia teorica y práctica. Psicoterapia familiar conjunta guia teorica y práctica. 2da Edicion. Mexico: Talleres Graficos Vistoria, S.A.; 1983. p. 234.
5. Milagros Santa María Rivas. Tecnicas Activas en Terapia Familiar. 2003.
6. Perelló, J. Trastornos el Habla. Tercera edicion ampliada. Barcelona, España.; 1977.
7. Busto, M. Reeduación del habla y del lenguaje en el paralitico cerebral. Primera edición. Madrid, España: Impresos y revistas S.A; 1984.
8. Cardona Cardona MI, Cadavid Ruiz N. Reading performance of children with and without reading delay in Cali (Colombia). Psicol Desde El Caribe. 2013 May;30(2):257–75.
9. Tonn CR, Grundfast KM. What an otolaryngologist should know about evaluation of a child referred for delay in speech development. JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg. 2014 Mar;140(3):259–65.
10. Rivera González R, Sánchez C, Corral Guille I, Figueroa Olea M, Soler Limón K, Martínez Vázquez I, et al. Edad de presentación de los

reactivos del Test de Denver II en Niños de 0 a 4 años de edad del Estado de Morelos. *Salud Ment.* 2013 Dec;36(6):459–70.

11. Lara-Díaz MF, Gómez-Fonseca ÁM, García M, Niño L, Guerrero Y. Relationships between difficulties of oral language at 5 and 6 years old and reading processes at 8 and 9 years old. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2010 Jul;58(3):191–203.
12. FLORES ROCHOW F, BARROS DE FLORES A. Dislalia: ¿Problemas de lenguaje o problemas de habla? Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061974000600004>
13. Pilar Pascual García. La Dislalia Naturaleza, Diagnóstico y Rehabilitación. Primera Edición. Madrid, España: CEPE S. A.; 1981.
14. Miñambres Redondo M, Ruiz Porras D, Fernández Ocaña L, Zomeño Picazo T, Valero Moya L, Bermúdez García P. Sobreprotección infantil y salud mental. [Internet]. 2012 [cited 2014 May 5]. Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5273>
15. Martí Castro I. Diccionario Enciclopédico de Educación. Barcelona, España.: Ceac, S.A.; 2003. 500 p.
16. Ximena Yadira Perdomo Quiñonez. LA SOBREPOTECCION: UNA INTENCIÓN AGRESIVA [Internet]. San Buenaventura de Cali; 2010. Available from: [http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES\\_8/Psicologia/55.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES_8/Psicologia/55.pdf)

RP.1 REFERENCIA PRIMARIA: Información obtenida por la autora del Módulo de LA PSICOTERAPIA INFANTIL Evaluación e Intervención de problemas infantiles. MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. 2003

RP.2 REFERENCIA PRIMARIA: Información obtenida por la autora del Módulo de TÉCNICAS ACTIVAS EN TERAPIA FAMILIAR UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL Febrero 2003

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
ÁREA DE FONOAUDIOLOGÍA

Sra. Lic.

Eudomilia Campoverde Castillo.

**SUB-DIRECTORA DEL CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA  
“MERCEDES DE JESÚS MOLINA”.**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo del Lic. Edgar Carvajal. Docente del Área de Fonoaudiología de la Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Tecnología Médica, augurándole éxitos en sus delicadas funciones.

El motivo de la presente es para solicitarle muy comedidamente se permita a la Egresada Jamileth Quichimbo Bermeo, estudiante de la misma Universidad, realizar un estudio de investigación en el Centro que Usted tan acertadamente dirige, cuyo objetivo de este proyecto es: Analizar Los Factores asociados a la Dislalia Funcional en niños menores de nueve años, que acudieron a la consulta terapéutica en la ciudad de Machala en el período: 2008- 2013.

Por la favorable acogida que se digne dar a la presente, le reitero mis debidos agradecimientos.

Atentamente.

Lic. Edgar Carvajal  
Director de Tesis

Jamileth Quichimbo Bermeo  
Egresada de Fonoaudiología

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
ÁREA DE FONOAUDIOLOGÍA.

### CENTRO DE LENGUAJE Y PSICOTERAPIA "MERCEDES DE JESÚS MOLINA"

#### FICHA INFORMATIVA

Nombre: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_  
F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nivel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Área: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Evaluador: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Familiares:

MADRE

---

Nombre	Edad	Instrucción	Profesión	Trabajo
--------	------	-------------	-----------	---------

---

PADRE

---

Nombre	Edad	Instrucción	Profesión	Trabajo
--------	------	-------------	-----------	---------

---

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Lenguaje: ☐ Familiar: \_\_\_\_\_  
Problemas de: Motriz: ☐  
Síndromes: ☐  
Patológico: ☐

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

TIEMPO DE EMBARAZO: 40 SEMANAS ☐ PREMATURO: ☐

POST MADURO: ☐

ENFERMEDADES: SI\_\_\_ NO\_\_\_ MEDICAMENTOS: SI\_\_\_ NO\_\_\_

INCOMPATIBILIDAD RH: SI\_\_\_ NO\_\_\_ ACCIDENTES: SI\_\_\_ NO\_\_\_

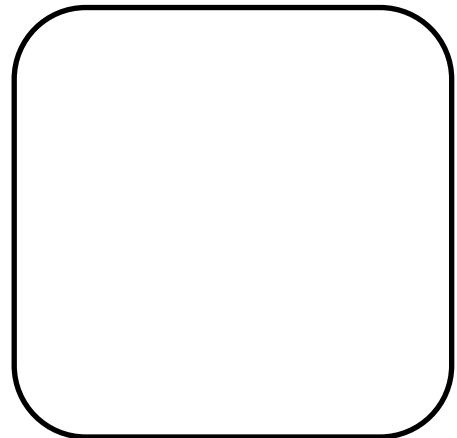
AMENAZA DE ABORTO: SI\_\_\_ NO\_\_\_ RX ECOGRAFIA: SI\_\_\_ NO\_\_\_

CREENCIAS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gráfico Genealógico



PERIODO PRENATAL:

ATENCIÓN MÉDICA: SI\_\_\_ NO\_\_\_

PARTO NORMAL \_\_\_\_\_ PODÁLICO \_\_\_\_\_ CEFÁLICO \_\_\_\_\_

CESÁREA \_\_\_\_\_ FORCEPS \_\_\_\_\_

LORÓ ENSEGUIDA SI\_\_\_ NO\_\_\_

CIANÓSIS: SI\_\_\_ NO\_\_\_

MALFORMACIONES SI\_\_\_ NO\_\_\_

ETERICIA: SI\_\_\_ NO\_\_\_

PERIODO POST NATAL:

ALIMENTACION MATERNA: SI\_\_\_ NO\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ARTIFICIAL: SI\_\_\_ NO\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO DEL BEBE O NIÑO AL INICIAR

DESARROLLO MOTOR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESARROLLO COAGNOSCITIVO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESARROLLO DEL LENGUAJE

---

---

---

---

---

DESARROLLO SENSITIVO

---

---

---

---

---

DESARROLLO SOCIOAFECTIVO \_\_\_\_\_

---

---

---

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## ANEXO 3

### VALORACIÓN DE ARTICULACIÓN

ESTÍMULO		
	M //	.....
	/m/	.....
1. Mano	P //	.....
2. Cama	/p/	.....
3. Pelo	V//	.....
4. Lápiz	/v/	.....
5. Vaso	f//	.....
6. Uva	/f/	.....
7. Foco	t//	.....
8. Café	/t/	.....
9. Taza	d//	.....
10. Pato	/d/	.....
11. Dedo	//d	.....
12. Helado	n//	.....
13. Pared	/n/	.....
14. Nariz	//n	.....
15. Mono	l//	.....
16. Pan	/l/	.....
17. Luna	//l	.....
18. Pelota	LI//	.....
19. Sol	/ll/	.....
20. Llave	s//	.....
21. Pollo	/s/	.....
22. Sopa	//s	.....
23. Mesa	/r/	.....
24. Bus	//r	.....
25. Pájaro	r//	.....
26. Collar	/rr/	.....
27. Ratón	/y/	.....
28. Perro	y//	.....
29. Payaso	k//	.....
30. Yoyo	/k/	.....
31. Casa	g//	.....
32. Boca	/g/	.....
33. Gato	j//	.....
34. Pega	/j/	.....
35. Jabón	//j	.....
36. Ojo	ch//	.....
37. Reloj		
38. Chanco		
FONÉMA	TRANSCRIPCIÓN	39. Uña 40. Ñaños



41. Cuchara	.....
/ñ/	.....
/ñ/	.....
/c/	.....

ESTIMULO	Au.....	.....
	Ei.....	.....
1. Jaula	le.....	.....
2. Peinilla	Ue.....	.....
3. Pie	lo.....	.....
4. Huevo	Ai.....	.....
5. Avión		
6. Bailar		

	DIFONOS	TRANSCRIPCIÓN
--	---------	---------------

ESTIMULO	Pl.....	.....
	Bl.....	.....
1. Plato	Kl.....	.....
2. Blusa	Fl.....	.....
3. Chicle	Gl.....	.....
4. Flor	Br.....	.....
5. Globo	Kr.....	.....
6. Brazo	Fr.....	.....
7. Cruz	Gr.....	.....
8. Fruta	Tr.....	.....
9. Tigre	Pr.....	.....
10. Tren		
11. Profesor		

	SILABAS INVERSAS	TRANSCRIPCION
--	------------------	---------------

	Al.....	.....
	An.....	.....
1. Almohada	En.....	.....
2. Banco	Am.....	.....
3. Lengua	Ar.....	.....
4. Tambor	Es.....	.....
5. Barco		
6. Espejo		

DIPTONGO	TRANSCRIPCIÓN
----------	---------------

Resultado de las observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 4

### ELCE

#### Cuadernillo de respuestas de la elocución

Apellidos: ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....

Centro: ..... Curso: ..... Profesor: .....

Fecha del examen: ..... Examinador: .....

Otros datos de interés: .....

.....  
.....  
.....  
.....

#### 1. ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS

##### A. NIVEL ANATÓMICO:

ANOTACIÓN: Anote el signo + cuando no exista ninguna anomalía, el signo – cuando sí exista e indique cuál, y déjelo en blanco cuando no se haya explorado.

Órganos:	Signo:	Cuáles:
Labios		
Lengua		
Dientes		
Mandíbula		
Paladar		
Frenillo labios		
Frenillo lingual		
Vegetaciones		

Observaciones: .....

.....  
.....

## ANEXO 5

### **TEST DE HTP**

Consigna: Usted tiene en sus manos tres hojas en blanco, a continuación luego de llenar sus datos personales debe poner esta primera hoja de manera horizontal y dibujar en ella una casa, en la segunda y tercera hoja ya en forma vertical en cada una de ellas dibuje un árbol y una persona respectivamente, realice lo mejor que pueda.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha actual: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6

### **TEST DE LA LLUVIA:**

Consigna: Piense por un momento y grafique una persona bajo la lluvia con todos los detalles que usted desee haga lo mejor posible

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha actual: \_\_\_\_\_